Prévoyons.com

Novembre 2014 / N° 37

Le bulletin d'information Prévoyance et Santé des salariés d'Orange

Mal de dos :
comment en venir à bout ?

Tout savoir sur la portabilité des droits santé en fin de contrat

Vos garanties Santé

Dossier spécial

Participation forfaitaire, franchise médicale : ce qu'il faut savoir

Votre situation familiale a évolué, votre équivalence ne vous convient plus ? Changez la !

Diabète :
comment le prévenir

Humanis
Protéger c'est s'engager

la Mutuelle Générale

SOMMAIRE

Vos garanties Santé

2

Mal de dos :
comment en venir à bout ?

Actualités

3

Tout savoir sur la portabilité des droits santé en fin de contrat

Vos garanties Santé

4/5

Participation forfaitaire, franchise médicale : ce qu'il faut savoir

Vos garanties Prévoyance

6

Votre situation familiale a évolué, votre équivalence ne vous convient plus ? Changez la !

Prévention

7

Diabète :
comment le prévenir

Informations

8

www.prevoyons.com : votre outil de référence

Mal de dos : comment en venir à bout ?

Huit Français sur dix souffrent du dos. Malheureusement, l'origine demeure introuvable par la médecine "traditionnelle" dans 85 % des cas. Pour tenter de soulager leur douleur, ils se tournent alors de plus en plus vers des disciplines dites alternatives. Ostéopathie, chiropraxie, diététique… le point sur les solutions qui s'offrent à vous.

Sciatique, lombalgie, hernie discale… les douleurs dorsales sont légion. Le mal de dos est même la première cause d'invalidité avant 45 ans. Mais dans neuf cas sur dix, les examens ne permettent pas de poser un diagnostic précis, ce qui pose la question de la prise en charge. Celle-ci peut mobiliser divers acteurs, dont les tenants des techniques non médicamenteuses, en premier recours ou en appoint. *« L'approche doit être globale »*, confirme le Dr Rodrigue Deleens, spécialiste de la douleur à l'Hôtel-Dieu, à Paris.

Rééquilibrer les tensions

Si des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites par le médecin, de nombreux patients se rendent spontanément chez des chiropracticiens et, surtout, chez des ostéopathes.

Pour Thibault Dubois, vice-président du Syndicat français des ostéopathes (SFDO), le rôle des ostéopathes n'est pas de remettre des vertèbres en place mais *« d'agir sur les structures anatomiques en lien avec les articulations, comme les muscles, les ligaments ou les tendons »*. Avant toute manipulation, ils procèdent à un *« examen d'exclusion afin de déterminer si la douleur relève de son domaine de compétence »*. C'est le cas des lombalgies et des cervicalgies, qu'elles soient aiguës ou chroniques, ainsi que des lombosciatalgies d'origine musculaire. *« L'objectif est de rééquilibrer les tensions et de restaurer de la mobilité »*, indique Thibault Dubois, qui conseille de ne pas laisser s'installer une douleur dorsale car, explique-t-il, *« plus on tarde, plus le corps sera déstabilisé »*. Une ou deux séances suffisent généralement à obtenir une amélioration.

Moins de médicaments

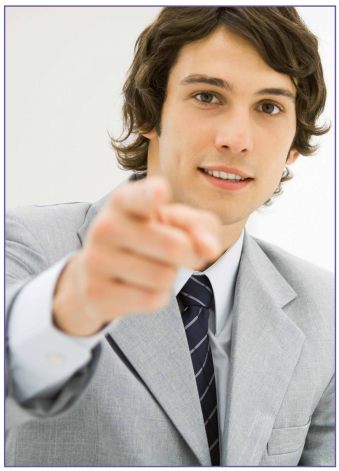
Reste qu'une douleur durable peut aussi cacher un début d'arthrose le long de la colonne vertébrale. Dans ce cadre, des manipulations peuvent aussi soulager. Autre facteur de risque : un éventuel surpoids. Contacter un diététicien permettra alors d'adapter son régime alimentaire.

Bête noire du dos auquel on ne pense pas toujours, le stress. Pour l'évacuer, il faut notamment apprendre à respirer (par le ventre) pour détendre les muscles. L'aide d'un sophrologue peut, à cet égard, se révéler utile. Tout comme celle d'un psychologue, surtout quand la souffrance s'installe au point de gâcher l'existence, certaines douleurs ayant une origine psychique, émotionnelle ou affective.

Dans bien des cas, de telles approches permettront de limiter les examens inutiles, voire de diminuer la consommation d'antalgiques.
Ces spécialistes sauront, en outre, prodiguer des conseils pour protéger et consolider son dos au long cours. *« Le dos est un capital précieux dont il faut prendre soin pour bien vieillir »*, insiste Thibault Dubois ■

Votre prise en charge

Le régime Orange rembourse **jusqu'à 30 €** la séance pour ces disciplines (ostéopathie, chiropraxie, diététique, etc.), **dans la limite de 4 rendez-vous par an.**



Tout savoir sur la portabilité des droits santé en fin de contrat

Pour conserver votre protection sociale après la fin de votre contrat de travail, vous avez la possibilité de maintenir les garanties du régime Orange dont vous bénéficiez en tant que salarié. Récapitulatif des modalités du dispositif en place depuis le mois de juin.

La portabilité des droits permet aux bénéficiaires de la couverture santé Orange de prolonger leurs garanties, lors d'une période de chômage consécutive à un contrat dans l'entreprise (à condition d'être indemnisé par l'assurance chômage et de fournir à Humanis les justificatifs nécessaires). Ce dispositif assure le même niveau de protection santé que lors de votre période d'activité pour vous et pour vos proches qui en sont bénéficiaires.

Le maintien des garanties santé est accordé sans paiement de cotisation par les anciens salariés éligibles au dispositif.

Quels sont les salariés concernés ?

Sont concernés les salariés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient à ce titre d'une indemnisation du régime d'assurance chômage, à savoir :

- licenciement - si le motif de rupture n'est pas une faute lourde,
- rupture conventionnelle du contrat de travail d'un commun accord ou à l'initiative de l'employeur,
- démission pour « motif légitime »,
- fin de CDD, y compris contrat d'apprentissage, contrat à objet défini, etc.

Quelles sont vos garanties ?

Vous bénéficiez des garanties santé au titre desquelles vous étiez affilié lors de la rupture de votre contrat de travail.

Les membres de votre famille couverts par le contrat lors de la période d'activité peuvent également bénéficier de la portabilité des droits en tant que cotisant ou en tant que bénéficiaires selon les mêmes modalités que précédemment.

En cas de modification du régime santé Groupe pendant la période de maintien des garanties, celles-ci sont modifiées dans les mêmes conditions.

Quelle est la durée du maintien ?

Le maintien débute le lendemain de la rupture effective du contrat de travail, indépendamment du début d'indemnisation du régime d'assurance chômage.

Vous pouvez bénéficier de la portabilité des droits dans la limite de la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Les droits s'achèveront avant la fin de cette période si vous reprenez une activité ou si les justificatifs nécessaires ne sont pas fournis.

Selon votre situation, vous pouvez prolonger le dispositif de portabilité des droits grâce à la loi Evin ■

Quels documents fournir ?

Justificatifs à adresser à Humanis	Le formulaire "Bulletin Individuel d'Affiliation - Maintien des garanties santé" qu'Humanis vous adresse à réception de l'information relative à la rupture de votre contrat de travail	La "Notification d'ouverture des droits" que vous adressera Pôle emploi	L' "Attestation des périodes indemnisées" que vous adressera Pôle emploi (également téléchargeable sur le site de Pôle emploi)
Délai / périodicité	Dès réception du formulaire et au plus tard dans les 15 jours suivant la fin de votre contrat de travail	Dès réception de la notification et au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de votre contrat de travail	Chaque mois

Pour plus d'informations

www.prevoyons.com / rubrique Documents > Infopratique « Maintien des garanties du régime Groupe aux anciens salariés bénéficiaires de l'assurance chômage ».

Par téléphone : N° Cristal 0 969 39 72 72 APPEL NON SURTAXÉ | Par e-mail : aniorange@humanis.com

Par courrier : Humanis, CP240 - 303 rue Gabriel Debacq - 45953 Orléans cedex 9

Participation forfaitaire, franchise médicale : ce qu'il faut savoir

Votre décompte fait apparaître des retenues venant en déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale. Ces retenues restent en général à votre charge après remboursement de la part complémentaire du régime Groupe. Ainsi l'a voulu le législateur, qui n'autorise pas les complémentaires santé à les rembourser. Décryptage.

La participation forfaitaire de 1 €

Créé en 2005, le **forfait de 1 €** est une participation forfaitaire restant toujours à la charge de l'assuré. Elle est prélevée sur les consultations, examens de radiologie, analyses, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins ou non. Ce prélèvement est toutefois plafonné à 4 € par jour quand les examens concernent un même professionnel de santé (sauf examens de radiologie), et à 50 € par personne et par an.

La franchise médicale

Plus récente, elle date de 2008. La franchise médicale est une somme qui est déduite par la caisse d'Assurance maladie, des remboursements des assurés sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
La retenue varie selon le poste de dépense concerné. Elle se monte à **0,50 € par boîte de médicaments** (ou toute autre unité de conditionnement) ou **pour tout acte paramédical,** excepté en cas d'hospitalisation.

Elle est de **2 € pour les transports sanitaires** (ambulance, taxi…), sauf situation d'urgence.

Là aussi, des limites journalières ont été fixées : **2 € pour les actes paramédicaux et 4 € pour les transports**, avec un plafond de 50 € par an.

Notre conseil

Pour limiter le coût de la franchise, vous pouvez demander à votre pharmacien un conditionnement plus important, en particulier si vous suivez un traitement long. Avec une boîte pour trois mois plutôt qu'une boîte à usage mensuel, seul sera retenu **0,50 € au lieu de 1,50 €.**

En pratique, comment cela fonctionne ?

Le tiers payant est possible et vous n'avez rien à régler à votre pharmacien le jour de l'achat de vos médicaments couverts par le régime Orange. Lorsque vous recevrez un prochain décompte, avec le remboursement d'une consultation par exemple, la part Sécurité sociale pour cette consultation sera amputée à la fois de la franchise des 0,50 € par boîte de médicaments achetée précédemment et de la participation forfaitaire de 1 € pour la consultation.

Les complémentaires peuvent-elles les rembourser ?

Non car une loi les en empêche (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale), sous peine de payer des taxes et charges sociales plus élevées et de renoncer aux avantages fiscaux dont bénéficient les contrats complémentaires, responsables et solidaires. De telles mesures provoqueraient une augmentation conséquente du coût de la complémentaire ■

DOSSIER SPÉCIAL

Zoom sur les montants retenus

	Participation forfaitaire de 1 € depuis janvier 2005	Franchise médicale depuis janvier 2008
Sur quoi ?	• Pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, que la consultation ait lieu à son cabinet, à votre domicile, dans un dispensaire, dans un centre de soins, en consultation ou aux urgences à l'hôpital. • Pour chaque examen de radiologie. • Pour chaque analyse de biologie médicale.	• Médicaments. • Actes paramédicaux (infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues). • Transports sanitaires (ambulances sauf urgence, véhicules sanitaires légers, taxis).
Combien ?	1 € par consultation, acte, examen de radiologie, analyse médicale.	• 0, 50 € par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement (ex. flacon…) et par acte paramédical. • 2 € par transport sanitaire pour chaque trajet (2 € pour l'aller et 2 € pour le retour).
Quels sont les plafonds journaliers pour un même bénéficiaire ?	4 € par jour pour un même professionnel de santé ou un même laboratoire.	• 2 € par jour pour les actes paramédicaux. • 4 € par jour pour les transports sanitaires.
Quel est le plafond annuel ?	50 € par an et par personne pour la participation forfaitaire + 50 € par an et par personne pour la franchise (ces deux plafonds se cumulent).	
Qui est concerné ?	Toutes les personnes y compris celles en ALD (affection de longue durée) et les pensionnés d'invalidité. Les seules exceptions sont : • les enfants et les jeunes de moins de 18 ans au 1er janvier de l'année considérée ; • les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1er jour du sixième mois de grossesse au 12e jour après l'accouchement) ; • les bénéficiaires de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) • ou de l'AME (aide médicale d'État).	
Vous avez choisi votre médecin traitant ?	La franchise médicale et la participation forfaitaire s'appliquent même si vous avez choisi un médecin traitant (que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonnés).	
Comment les payer ?	• Elles sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements. Elles apparaissent en déduction sur les relevés de remboursement Sécurité sociale. • Elles peuvent être déduites d'un remboursement de soins d'un ayant droit de votre famille qui n'est pas concerné. • En cas de tiers payant, elles seront prélevées sur vos futurs remboursements. • Elles peuvent être récupérées sur l'ensemble des prestations de l'Assurance maladie (remboursements de soins, indemnités journalières versées à l'assuré, pension d'invalidité, capital décès…).	

Votre situation familiale a évolué, votre équivalence ne vous convient plus ? Changez la !

Votre régime de prévoyance vous permet d'adapter vos garanties à votre situation familiale. Le choix d'équivalence peut être modifié dans un délai de 2 mois suivant un événement (mariage, concubinage, naissance, etc.) ou au 1er janvier des années impaires. Profitez de la fin d'année pour faire le point sur votre protection sociale.

Votre régime de prévoyance vous permet de sélectionner une équivalence adaptée à votre situation de famille, à vos besoins et à vos priorités. Pour cela 4 équivalences, dont 3 personnalisables, sont disponibles. Votre choix est primordial car il conditionne vos garanties et le montant des prestations qui seront versées à vous ou à vos proches, en cas d'arrêt de travail ou de décès.

Equivalence	Description	Personnalisable
A	Elle propose une formule équilibrée entre les garanties « capital décès», « rente pour enfant » et « rente de conjoint ». Elle ne propose pas de frais d'obsèques. C'est l'équivalence qui vous est attribuée en l'absence de choix de votre part.	Non
B	Elle privilégie les garanties « capital décès » et « invalidité ». Elle propose une « rente pour enfant » ou une « rente de conjoint » en option.	Oui
C	Elle privilégie les rentes de conjoint (rente temporaire et rente versée à vie). Elle propose une « rente pour enfant » en personnalisation d'équivalence.	Oui
D	Elle privilégie la « rente pour enfant » et le « capital décès» et propose des « rentes de conjoint » en personnalisation d'équivalence.	Oui

Vous pouvez consulter le détail des équivalences et les propositions de personnalisation sur la notice fournie lors de votre adhésion ou sur le site de la prévoyance du Groupe, **www.prevoyons.com.**

Pensez à renvoyer vos demandes de changement d'équivalence avant le 31 décembre 2014.

Quand changer d'équivalence ?

A condition d'être en activité, vous pouvez modifier votre choix d'équivalence ou la personnaliser si elle le propose, au 1er janvier des années impaires (1er janvier 2015, 2017…), à condition d'en faire la demande jusqu'au 31 décembre de l'année précédente.

Votre situation familiale évolue ?

Votre situation familiale conditionne fortement votre choix. C'est pourquoi vous pouvez également modifier votre choix d'équivalence en signalant votre nouvelle situation et votre choix dans les 2 mois qui suivent l'événement (mariage, PACS, naissance, divorce…).

Changer votre équivalence : mode d'emploi

Après avoir fait le point sur votre situation actuelle vous pouvez, si vous le souhaitez, changer d'équivalence en remplissant le document Choix de l'équivalence correspondant à votre besoin.
Vous pouvez demander ce document à votre responsable des ressources humaines ou le télécharger sur **www.prevoyons.com** rubrique Documents > Les imprimés de choix.Vous devez ensuite retourner l'imprimé complété à :

Humanis
CP 240
303, rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.

Une confirmation écrite des nouvelles garanties choisies vous sera adressée personnellement ■

Notre conseil

Pour vous aider dans votre choix un outil de simulation est mis à votre disposition
Sur internet : www.prevoyons.com
Sur intranet : site anoo rubrique Rémunération – Epargne/prévoyance

Vous pouvez également contacter l'un de nos spécialistes au :

N° Cristal 0 969 39 72 72 *(du lundi au vendredi de 8h à 18h).*
APPEL NON SURTAXÉ

Diabète : comment le prévenir

La France compte environ 3,5 millions de diabétiques. Et ils seront 30 % de plus dans cinq ans si rien n'est fait pour enrayer cette épidémie. Or, une bonne hygiène de vie peut permettre de prévenir l'apparition de la maladie.

Il a beau être « de type 2 », c'est le premier diabète en terme de fréquence. Cette maladie, également appelée « diabète non insulinodépendant », représente 85 % à 90 % des cas de diabète. Elle se caractérise par un taux élevé de sucre dans le sang, en raison d'une mauvaise utilisation de l'insuline. Le diabète « de type 1 » est dû, lui, à une carence en insuline.

Selon le seuil fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un patient est considéré comme diabétique lorsque sa glycémie à jeun, autrement dit son taux de sucre sanguin, atteint 1,26g/l de sang. La maladie est souvent détectée chez des personnes de plus de 40 ans – même si l'âge tend à diminuer, se rapprochant de la trentaine – et chez les personnes en surpoids ou obèses, signe que le mode de vie joue un rôle essentiel.

Soigner son hygiène de vie

« Aujourd'hui, nous estimons que le diabète de type 2 a une origine génétique et environnementale. L'impact de l'un ou l'autre de ces facteurs peut varier en fonction des individus », analyse le Professeur Igor Tauveron, chef du service endocrinologie-diabétologie du CHU de Clermont-Ferrand. Il est donc possible de prévenir, au moins pour une part, les risques au quotidien.

Premier axe de prévention : l'alimentation. *« Il y a deux aspects à surveiller : la quantité d'aliments, souvent trop importante, et la qualité »*, indique le Pr Tauveron. Dans le collimateur, la « malbouffe » : *« Manger du gras favorise davantage le diabète que la consommation de sucre. L'important est de s'alimenter de manière variée, sans exclure les sucres lents dont notre organisme a aussi besoin. »*

Second axe : l'activité physique. Inutile de chausser ses baskets tous les jours, un effort au quotidien peut suffire. *« L'activité physique consiste, par exemple, à faire une partie de ses trajets à pieds ou à préférer les escaliers aux escalators »*, explique le diabétologue.

Un dépistage régulier

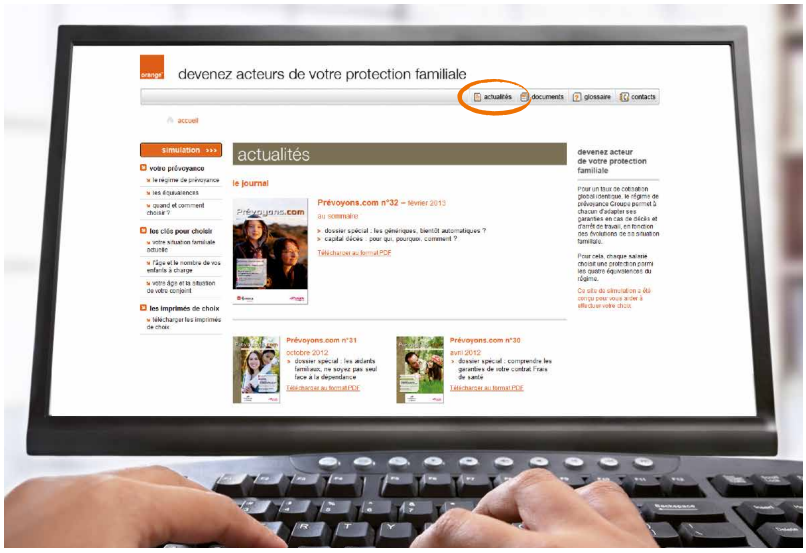
Qui dit prévention dit aussi dépistage. Car le diabète de type 2 est une maladie « silencieuse ». Résultat, le diagnostic se fait souvent trop tard, quand apparaissent les premières conséquences sur l'organisme : soif, perte de poids, etc. On estime ainsi qu'un tiers des diabétiques s'ignorent en France. Soit quelque 700 000 personnes ! *« En l'absence de facteurs de risques spécifiques (terrain génétique, surpoids…), il est recommandé de réaliser des dépistages tous les trois à cinq ans à partir de la trentaine »*, souligne le Pr Tauveron.

En cas de risque, des médicaments qui retardent l'apparition d'une glycémie de 1,26g/l de sang sont parfois prescrits. Mais, comme le rappelle le diabétologue, leur autorisation de mise sur le marché (AMM) n'a pas été délivrée dans ce but et *« ils ne sont pas plus efficaces qu'un retour à une alimentation équilibrée »*.

Et pour ceux qui auraient franchi ce seuil ? *« Il n'est jamais trop tard pour agir »*, assure le Pr Tauveron. Même si, à l'heure actuelle, on ne peut pas espérer guérir du diabète, il est possible d'en retarder les conséquences. Ce qui passe, là encore, par un retour à un mode de vie équilibré et actif ■

700 000 diabétiques s'ignorent en France.

www.prevoyons.com : votre outil de référence



Besoin d'un formulaire, d'obtenir des informations sur vos garanties Prévoyance ou encore de consulter votre livret d'information ?
Une seule adresse : ***www.prevoyons.com****, le site d'information sur votre régime de prévoyance.*

Rubrique Actualités

Retrouvez l'ensemble des anciens numéros de Prévoyons.com en ligne !

La Mutuelle Générale

Vous voulez :

- votre carte de tiers payant ;
- une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- un devis dentaire ou optique ;
- des renseignements sur vos remboursements en cours.

Contactez

La Mutuelle Générale
Portefeuille Orange

79 avenue de Fontainebleau - CS 30 063
94281 Le Kremlin Bicêtre cedex

Tél. : N°Vert 0 800 01 31 31
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Fax : **01 45 59 81 31**

E-mail : **orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**

Site internet : accès direct à l'espace adhérents Pour vous abonner ou consulter vos remboursements de santé en ligne : **www.lamutuellegenerale.fr**, rubrique Mon Espace Adhérent.

Humanis

Protéger c'est s'engager

Vous voulez :

- vérifier votre affiliation ;
- communiquer votre changement d'adresse ;
- informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...) ;
- choisir ou modifier une équivalence ;
- modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système NOÉMIE).

Contactez

Humanis
Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. : N°Cristal 0 969 39 72 72
APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8h à 18h

Fax : **01 58 82 40 70**

E-mail : **prevoyance@humanis.com**

Site internet : **www.humanis.com**

Les décès nous sont déclarés par les Responsables des Ressources Humaines ; ce sont donc vos premiers interlocuteurs sur ces sujets.

DOC0718-01HUMANIS10-14 • n° 37